

Kvalitetsdeklaration Individ- och familjeomsorg

En översikt för att underlätta ditt val av vård och omsorg

Genodict AB

559105-1429 / Talluddens HVB

Kvalitetsdeklaration gäller för 2019

Att arbeta med kvalitet är en självklarhet för offentliga och privata verksamheter inom vård och omsorg. Men fram till idag har det inte funnits en gemensam modell för hur detta ska redovisas.

Branschorganisationen Vårdföretagarna har därför tagit fram en *kvalitetsdeklaration*, där medlemsföretagen tydligt beskriver sitt kvalitetsarbete. Målet är att detta blir en norm för hela branschen.

Det här dokumentet – Kvalitetsdeklaration Individ- och familjeomsorg – underlättar ett kunskapsbaserat och välgrundat val av vård och omsorg. Här kan du exempelvis läsa om hur verksamheten arbetar med evidensbaserad praktik och om resultaten i enkätundersökningar som brukarna/klienterna har svarat på. Allt för att göra det enklare för dig att jämföra och välja den verksamhet som passar ditt behov bäst.

1. Eget kvalitetsarbete

- 1.1 Verksamhetens värdegrundsarbete
- 1.2 Externa granskningar
- 1.3 Verksamhetens ledningssystem och arbete med riskanalyser, egenkontroll, eventuella internrevisioner, hantering av avvikelser och förbättringsarbete
- 1.4 Verksamhetens arbete med att förebygga missförhållanden och vårdskador, samt statistik kring Lex Maria och Lex Sarah
- 1.5 Verksamhetens arbete med att skapa trygghet och säkerhet för medarbetare
- 1.6 Verksamhetens utvecklingsarbete inom ledarskap, medarbetarutveckling, delaktighet och kompetensutveckling

2. Nationella krav

- 2.1 Trygghet
- 2.2 Självbestämmande och integritet
- 2.3 Deltagande i samhällslivet
- 2.4 Genomförandeplaner – arbetssätt och uppföljning
- 2.5 Hälso- och sjukvårdsinsatser

3. Evidens- och kunskapsbaserad praktik

- 3.1 Evidens- och kunskapsbaserad praktik
- 3.2 Resultat från verksamheten

4. Nationella enkäter/Upplevd kvalitet

- 4.1 Verksamhetens resultat i nationell enkätundersökning
 - 4.1.1 Verksamheten använder nationell enkätundersökning för att följa upp och utveckla verksamheten
 - 4.1.2 Den nationella enkätundersökningen är genomförd av?
 - 4.2 Använder verksamheten egna enkätundersökningar för att följa upp och utveckla vården?
 - 4.2.1 Resultat av egna enkätundersökningar
 - 4.2.2 Verksamheten använder egna enkätundersökningar för att följa upp och utveckla verksamheten
 - 4.2.3 Den egna enkätundersökningen är genomförd av?

1. Eget kvalitetsarbete

För att säkerställa kvaliteten arbetar verksamheten med flera olika verktyg, metoder och utvecklingsarbeten. Här kan du läsa om hur det går till och om resultaten.

1.1 Verksamhetens värdegrundsarbete

Här beskrivs verksamhetens värdegrund och hur värdegrunden förankras inom hela verksamheten

1.1

De centrala byggstenarna i vår värdegrund är: människors lika värde, att respektera varandra, skapa delaktighet och engagemang, Vår verksamhet bygger på att dessa byggstenar ska genomsyra allt det vi gör i verksamheten och vår målsättning är att tillgodose ungdomens behov. Detta symboliseras genom våra värdeord: **Gro - Växa – Utvecklas.**

Vår uppgift är att vara goda vuxna förebilder som tillsammans med behandlingsarbetet skapar en trygg tillvaro för ungdomen som ger verktyg och strategier för att möjliggöra förändringsarbete. Detta sker genom att vi utgår och bemöter ungdomen utifrån där denne befinner sig. Verksamheten genomsyras av tydlighet, respekt, omtanke och empati.

- **Tydlighet:** Genom att ge den information som behövs för att ett samarbete ska kunna inledas. Uttala sig på ett vårdat och begripligt sätt och försäkra sig om att ungdomen har förstått vad som menas.
- **Respekt:** Genom att bemöta ungdomen där den befinner sig med öppenhet och lyhördhet och att vara accepterande mot olikheter.
- **Omtanke:** Genom att visa hänsyn, lyssna aktivt, bekräfta och att vara engagerad för att visa ungdomen att vi försöker förstå för att kunna möta.
- **Empati:** Att visa förståelse och bry sig om.

Vi ser ungdomen i sin helhet och var hen befinner sig i sin process. Vårt mål är att varje ungdom vet varför det är placerade, vad syftet är, vilka mål och delmål som ingår på resan mot förändring.

1.2 Externa granskningar

Utförare av vård och omsorg kan granskas av myndigheter och kommuner. Exempel på myndigheter som kan granska verksamheten är Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Arbetsmiljöverket. Här beskrivs statistik om vilka externa granskningar som skett för verksamheten under föregående kalenderår. Fördjupad information kan fås från verksamheten eller från den kommun eller myndighet som har granskat verksamheten.

1.2

Då företaget är nystartat har inga granskningar, förutom i samband med ansökan till IVO, skett av verksamheten under 2018.

1.3 Verksamhetens ledningssystem och arbete med riskanalyser, egenkontroll, eventuella internrevisioner, hantering av avvikelser och förbättringsarbete

Om verksamhetens ledningssystem för att utveckla, följa upp och säkra kvaliteten och för att förbättra verksamheten.

1.3

Ledningssystemet

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete", är alla verksamheter som arbetar med hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter enligt LSS, skyldiga att ha ett ledningssystem. I föreskriftens tredje kapitel anges att vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet skall fastställa principer för ledning av verksamheten och det skall användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet skall vi kunna:

- Planera verksamheten.
- Leda verksamheten.
- Kontrollera verksamheten.
- Följa upp verksamheten.
- Utvärdera verksamheten.
- Förbättra verksamheten.

Ledningssystemet skall tillse att det finns:

- En tydlig ansvarsfördelning.
- Dokumenterade processer.
- Identifierade rutiner.
- Rutiner för uppföljning.

Ansvar

Genom 3 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" framkommer att vårdgivare skall ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

Föreståndarens ansvar

Föreståndaren representerar vårdgivaren, och är ansvarig för anmälningsskyldigheten enligt "Lex Sarah" samt "Lex Maria".

Föreståndaren ansvarar för den löpande verksamheten samt att den fungerar på ett tillfredställande sätt. Det inbegriper att:

- Tillse att behovet av samverkan för att säkerställa att den person som är placerad får sina behov av hälso- och sjukvård och tandvård, skolgång, sysselsättning och fritidsaktiviteter tillgodosedda
- Föreståndaren beslutar om inskrivning och utskrivning. Vid inskrivningsbeslutet ska det särskilt kontrolleras att Talluddens HVB är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt.
- Tillse att rutiner för att förebygga, uppmärksamma och agera vid kränkningar, övergrepp, hot, våld och självskadebeteenden samt hur Talluddens HVB upprätthåller en drogfri miljö.
- Tillse att de arbetssätt och metoder som används ska vara relevanta i förhållande till den målgrupp som Talluddens HVB är avsett för. De ska vara baserade på bästa tillgängliga kunskap, och utformade med respekt för enskildas personliga integritet.

- Tillse att socialnämnden på placerande kommun, uppmärksammas på om den placerade personens behov förändras, om andra faktiska omständigheter och förhållanden som har betydelse för vården av den placerade personen, och i god tid innan vården upphör får uppgifter om hur den placerade personen kan förberedas för tiden efter att placeringen har avslutats.
- Tillse att personalen har den utbildning, den erfarenhet och den personliga lämplighet som behövs för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Personal som ger behandling enligt en viss metod ska även ha en relevant utbildning för den.
- Tillse att personalens sammantagna kompetens vad gäller utbildning och erfarenhet ska ge förutsättningar för att möta de behov av vård som målgruppen har, och säkerställa en trygg och säker vård.
- Tillse att personalen får den introduktion, handledning och kompetensutveckling som de behöver för att kunna utföra sina arbetsuppgifter.
- Föreståndaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Det innebär att uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Verksamhetschefens ansvar

- Anställa medarbetare
- Leda och fördela arbete och har arbetsmiljöansvar
- Schemalägga medarbetare
- Sköter praktisk administration som tidrapportering, sekretessdokument, underlag för löneutbetalningar, kontroll i belastningsregister vid anställning
- Håller kontroll på och svarar på upphandlingar

Systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete

Föreståndaren ansvarar för det systematiska kvalitetsarbetet. Det inbegriper att:

- Känna till de författningar, styrdokument samt vetenskapliga rön för socialverksamhet, hälso- och sjukvårdsverksamhet respektive utbildningsväsendet som berör Talluddens HVB.
- Säkerställa att det finns ett ledningssystem för verksamheten samt revidera ledningssystemet när förändringar är påkallade.
- Utifrån ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera samt förbättra verksamheten.
- I ett dokument ange hur uppgifter som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.
- Inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera processer, rutiner samt metoder för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten och dess resultat.
- Tillse att riskanalys är genomförd och dokumenterad för verksamhetens aktiviteter och händelser vilka påverkar verksamheten.
- Senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse / verksamhetsberättelse.
- Senast den 1 juli varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.
- Senast den 1 december varje år upprätta en verksamhetsplan för

- kommande verksamhetsår. Verksamhetsplanen skall omfatta förslag
- till verksamhetsmål vilka bedöms vara relevanta utifrån verksamhetens systematiska kvalitetsarbete; exempelvis utifrån resultat, utifrån avvikelser, utifrån synpunkter och klagomål eller utifrån framkomna risker.

Egenkontroll

Föreståndaren ansvarar för egenkontrollen inom ramen för verksamheten jämlikt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete". Egenkontrollen vid verksamheten skall årligen omfattas av:

- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat.
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation.
- Jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter.
- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister.
- Målgruppsundersökningar.
- Undersökning av om personalens förhållningssätt och attityder kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.
-

1.4 Verksamhetens arbete med att förebygga missförhållanden och vårdskador, samt statistik kring Lex Maria och Lex Sarah

Om verksamhetens arbete för förebygga missförhållanden och vårdskador och om statistik kring Lex Maria och Lex Sarah (vardagliga namn för anmälningsskyldighet) samt beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

1.4 Avvikelser och anmälningskyldighet

Föreståndaren ansvarar för verksamhetens avvikelshantering, detta inbegriper att:

- Ta emot och utreda klagomål och synpunkter gällande verksamhetens kvalitet och framförda av elever, vårdnadshavare, personal, socialtjänst, andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och organisationer samt övriga intressenter.
- Ta emot rapporter om avvikelser från verksamhetens personal.
- Utreda händelser i verksamheten som medfört, eller hade kunnat medföra, vårdskada.
- Ansvara för att till Inspektionen för vård och omsorg göra anmälan jämlikt "Lex Maria" avseende händelser vilka medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada.
- Ansvara för att till Inspektionen för vård och omsorg göra anmälan jämlikt "Lex Sarah" avseende händelser vilka medfört eller kunnat medföra missförhållanden eller påtagliga risker allvarliga missförhållanden.
- Ansvara för att inkomna rapporter, klagomål samt synpunkter sammanställs och analyseras.
- Ansvara för att nödvändiga åtgärder, såväl omedelbara som andra, vidtas för att säkra Talluddens HVBs kvalitet.

	<ul style="list-style-type: none"> • Årligen i samband med verksamhetsberättelsen redovisa avvikelser och anmälningar.
--	---

1.5 Verksamhetens arbete med att skapa trygghet och säkerhet för medarbetare

Om verksamhetens arbete för att skapa trygghet och säkerhet för alla medarbetare.

1.5	<p>Personalen ska arbeta i enlighet med de fastställda processerna och rutinerna. Det är föreståndaren som ansvarar för att säkerställa att personalen arbetar på det sättet. Att personalen arbetar i enlighet med processerna och rutinerna innebär att de arbetar systematiskt på ett likartat sätt för att uppnå kvalitet. Det underlättar i sin tur ett systematiskt förbättringsarbete genom att arbetssätt kan följas upp, utvärderas och vid behov förändras. Detta skapar i sin tur en trygghet och säkerhet i yrkesutövandet. Föreståndaren bedömer vilka utbildningsinsatser eller andra åtgärder som behövs för att säkerställa att personalen arbetar i enlighet med fastställda processer och rutiner. Ett led i arbetet med att säkerställa att personalen arbetar i enlighet med processerna och rutinerna är att de enkelt kan ta till sig dokumenten. Framtagandet av bra och begripliga processer och rutiner underlättas genom att föreståndaren bjuder in berörda personalgrupper att delta i arbetet med att ta fram dessa.</p>
-----	---

1.6 Verksamhetens utvecklingsarbete inom ledarskap, medarbetarutveckling, delaktighet och kompetensutveckling

Om utveckling av ledarskap och medarbetare

1.6	<p>För utförande av uppgifter med god kvalitet inom Talluddens HVB ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Att personal har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård och omsorg. Utan rätt kompetens har personalen inte förutsättningar för att fullgöra sin rapporteringsskyldighet eller i övrigt delta i kvalitetsarbetet till exempel genom att lämna in klagomål och synpunkter. Föreståndaren måste därför planera för personalförsörjning och kompetensutveckling. För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet är personalens engagemang och delaktighet nödvändig. Genom att verksamheten får in rapporter, klagomål och synpunkter avseende verksamhetens kvalitet från personalen skapas förutsättningar för föreståndaren att kunna fullgöra sin skyldighet att utveckla och säkra kvaliteten. Därmed kan vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser förhindras. Det är därför viktigt att föreståndaren uppmuntrar personalen att delta i kvalitetsarbetet genom ett öppet klimat. Det gäller att inte se på inkomna rapporter, klagomål och synpunkter som något negativt utan istället som en möjlighet för att utveckla verksamhetens kvalitet. För att kunna medverka behöver personalen också ha kunskap om vart de ska vända sig med rapporter, klagomål och synpunkter. Föreståndaren måste därför informera om detta.</p>
-----	---

2. Nationella krav

Det finns lagar och krav som riktar sig till verksamheter inom Individ- och familjeomsorg, exempelvis kring trygghet, självbestämmande, integritet och personliga

genomförandeplaner. Dessa krav utgår ifrån individens perspektiv. Här kan du läsa om hur några viktiga och relevanta krav uppfylls.

2.1 Trygghet

Om verksamhetens arbete för att skapa trygghet för klienter/brukare

- 2.1 Genom lyhördhet och ett gott samarbete med boende, föräldrar, socialtjänst och andra relevanta aktörer, skapas förutsättningar för att de boende upplever trygghet. Genom enskilda samtal med de boende, främst av deras kontaktpersoner, ställs frågan varje vecka för att vi på ett tidigt stadium ska kunna agera och åtgärda. De boendes åsikter tas upp under behandlingskonferenser så det kommer föreståndaren till del. Personalens kontakter och samtal med de inskrivna ska bygga på respekt för människors lika värde, individens självbestämmande och integritet. Varje person är unik och det är viktigt att närma sig barnet eller den unge med respektfullt intresse utan att dra snabba slutsatser utifrån förutfattade föreställningar. Den placerade personen och personalen kan ha olika kulturbakgrund, olika referensramar och också olika sätt att uttrycka sig på. I samtalet behövs ödmjukhet, lyssnande, professionell nyfikenhet och strävan efter ömsesidig förståelse. Att ställa frågor ger kompetens om den man samtalar med. Placerade barn och unga ska ges möjlighet att bygga trygga och tillitsfulla relationer med de omsorgspersoner de möter i sin vardag, men relationerna mellan personalen och de inskrivna ska inte övergå till kompisrelationer. Att dra en gräns mellan att vara privat och att vara professionell kan vara en svår balansgång för ny personal i verksamheten och innebär att man behöver reflektera över sitt förhållningssätt för att behålla fokus på den placerades behov och verksamhetens uppdrag.

2.2 Självbestämmande och integritet

Om verksamhetens arbete för att skapa självbestämmande och integritet

- 2.2 Alla insatser på ett HVB ska präglas av respekt för barnets eller den unges självbestämmande och integritet. Personalen behöver säkerställa att verksamheten är inkluderande och tillgänglig för alla som vårdas på hemmet, både i utformningen av verksamhetens innehåll och i planeringen av den individuella vården och stödet till barnen eller de unga. Kontaktpersonerna har att hämta de boendes åsikter och önskemål samt se till att de är delaktiga i vårdens utformning.

2.3 Deltagande i samhällslivet

Om verksamhetens arbete för att skapa deltagande i samhällslivet

- 2.3 Genom deltagande i på orten befintliga organiserade fritidsaktiviteter och olika studiebesök, ett aktivt skolarbete och en god hälsa, möjliggörs ett omfattande deltagande i samhällslivet. Vi strävar efter att skapa en innehållsrik fritid utifrån ungdomarnas intressen med aktiviteter utifrån behov då vi ser fritiden som en viktig del i arbetet med ungdomen på vägen till en hållbar förändring.

2.4 Genomförandeplaner - arbetssätt och uppföljning

Om verksamhetens arbete för att ta fram, använda och följa upp genomförandeplaner för alla brukare/klienter

- | | |
|-----|--|
| 2.4 | <p>När Talludden har tagit emot ett uppdrag från socialtjänsten ska uppgifter som gäller uppdraget dokumenteras och föreståndaren, tillsammans med tilltänkta kontaktpersoner, upprättar en behandlingsplan. Denna plan är inte av samma typ som den genomförandeplan som socialtjänsten är skyldig att upprätta inför en placering, utan en plan som upprättas av Talludden utifrån nämndens uppdrag och vårdplan. Syftet är att få en tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen och mer i detalj planera och dokumentera hur en insats ska utföras av personalen. Behandlingsplanen ska användas som utgångspunkt för fortlöpande anteckningar i journalen. Den ska vidare uppdateras vid var sjätte till åttonde vecka.</p> |
|-----|--|

2.5 Hälso- och sjukvårdsinsatser

Om hur verksamheten säkerställer att brukare/klienter får sina hälso- och sjukvårdsbehov uppfyllda

- | | |
|-----|---|
| 2.5 | <p>Placerade unga behöver som andra unga vaccinationer och olika typer av hälsokontroller. De behöver också stöd i frågor som rör hälsan, exempelvis motion, kost och sömn. De kan också ha särskilda behov på grund av sjukdomstillstånd och vara i behov av läkemedelsbehandling eller rehabilitering som hälso- och sjukvården ansvarar för eller har bedömt som egenvård.</p> <p>Personalen på Talluddens HVB har en viktig roll i det praktiska arbetet för att säkerställa att den placerade får sina behov runt hälsa tillgodosedda. Föreståndaren ska se till att barnet eller den unge får kontakt med hälso- och sjukvården när de behöver.</p> <p>Föreståndaren ska också se till att barn eller unga får kontinuerlig uppföljning av läkare eller sjuksköterska om de behöver.</p> <p>Personalen har även kunskaper för att uppmärksamma behov av hälso- och sjukvårdsinsatser på grund av psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning hos barnet eller den unge.</p> |
|-----|---|

3. Evidens- och kunskapsbaserad praktik

Individ- och familjeomsorg ska baseras på evidens- och kunskapsbaserad praktik och olika kunskapsstöd kan användas. Om verksamheten omfattas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer, ska dessa följas.

Syftet med evidensbaserad praktik är att varje individ ska få den insats som är mest lämpad för just honom eller henne. I evidensbaserad praktik strävar man efter att vård och omsorg ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, som hämtas från forskning, från den enskilde och från praktiken.

Här kan du även läsa om hur verksamheten uppfyller mål i genomförandeplaner.

3.1 Evidens- och kunskapsbaserad praktik

Om hur verksamheten arbetar med evidens- och kunskapsbaserad praktik och vilka metoder, pedagogiker och/eller program som används. Om verksamheten omfattas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer, beskrivs här verksamhetens arbetssätt för att följa de nationella riktlinjerna.

3.1	<p>Föreståndaren som är tillika legitimerad psykolog ska hålla sig uppdaterad avseende den senaste evidensbaserade praktiken, metoden och program som används för att uppnå önskat utfall på målgruppen.</p> <p>De metoder som i dagsläget används är:</p> <p>Verksamheten har ett kognitivt beteendeterapeutiskt arbetssätt. Detta innebär att vi för de ungdomar som placeras utifrån normbrytande- och utagerande beteende arbetar med KBT, PE (om PTSD föreligger), ART samt MI. Verksamheten har även kunskaper i att arbeta med missbruk om det skulle visa sig förekomma, detta utifrån metoderna ÅP och CRA.</p> <p>Vi utför även utredningar och risk- och säkerhetsbedömningar, enligt olika standardiserade metoder utifrån anledning/ orsak. Kortsiktiga risk- och säkerhetsbedömningar genomförs dagligen.</p>
-----	---

3.2 Resultat från verksamheten

Om hur verksamheten uppfyller mål i genomförandeplaner samt eventuella andra resultat från evidensbaserad praktik

3.2	Vi kommer här att redovisa utfall då verksamheten bedrivits ett år.
-----	---

4. Nationella enkäter/Upplevd kvalitet

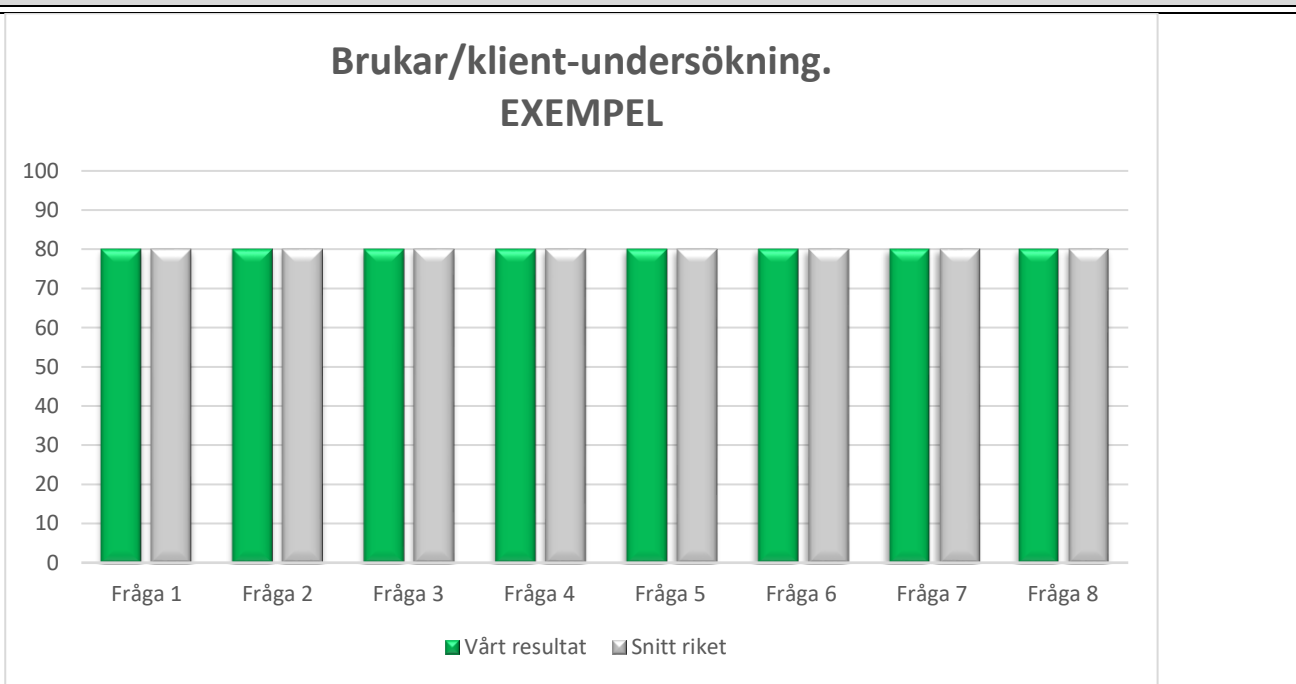
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har i samråd med Vårdföretagarna tagit fram ett upplägg för enkätundersökningar som riktar sig till brukare/klienter inom Individ- och familjeomsorg. Frågorna i enkäterna avser att fånga tre kvalitetsområden: självbestämmande, trygghet och bemötande. Från resultaten kan allmänheten få information om brukarnas/klienternas upplevelser av vården och omsorgen. För HVB-hem har SKL utvecklat en separat enkät. Här kan du läsa mer om verksamhetens resultat i enkätundersökningar

4.1 Verksamhetens resultat i nationell enkätundersökning

Här visas resultat från den senaste enkätundersökningen.

Resultat ska max vara två år gamla. Nedan framgår om enkätundersökningen är genomförd av ett oberoende undersökningsföretag eller om verksamheten själv har genomfört undersökningen.

Resultat i enkätundersökning:



4.1.1 Verksamheten använder nationell enkätundersökning för att följa upp och utveckla verksamheten

Att ta tillvara klienters/brukares erfarenheter av och synpunkter på vården och omsorgen är viktigt för verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete. Resultaten ska användas för att utveckla och förbättra vården och omsorgen utifrån ett brukar/klient-perspektiv. Det är även ett underlag för jämförelser, ledning och styrning samt för information till allmänheten.

Här beskrivs hur resultaten från den senaste brukar/klient-undersökningen används i verksamheten

4.1.1

Då företaget är nystartat har vi ännu inga data att redovisa.

4.1.2 Den nationella enkätundersökningen är genomförd av?

4.1.2	<input type="checkbox"/> Undersökningen är genomförd av ett oberoende undersökningsföretag <input checked="" type="checkbox"/> Undersökningen är genomförd av verksamheten själva
-------	--

4.2 Använder verksamheten egna enkätundersökningar för att följa upp och utveckla vården?

4.2	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
-----	---

4.2.1 Resultat av egna enkätundersökningar (Om "Ja" på fråga 4.2)
Om resultat från verksamhetens egna enkäter och hur klienternas/brukarnas eller remittenternas synpunkter tas tillvara och vilka förbättringsområden som finns.

4.2.1	Varje vecka genomför vi en enkät för att bedöma de boendes status och för att kunna bedöma om ytterligare stöd behövs.
-------	--

4.2.2 Verksamheten använder egna enkätundersökningar för att följa upp och utveckla verksamheten
Här beskrivs hur resultaten från den senaste egna brukar/klient- eller remittentundersökningen används i verksamheten

4.2.2	Resultaten från undersökningen används för att bedöma behandlingens kvalitet. Blir det sämre vården måste orsaken till detta undersökas och förändring ske, för bättre utfall. Det gäller att identifiera orsakerna till varför förändringar sker så att de bra kan förstärkas och de dåliga tas bort.
-------	--

4.2.3 Den egna enkätundersökningen är genomförd av?

4.2.3	<input type="checkbox"/> Undersökningen är genomförd av ett oberoende undersökningsföretag <input checked="" type="checkbox"/> Undersökningen är genomförd av verksamheten själva
-------	--

Kontaktperson:	Michael Edholm
Datum:	2019-08-29
Webbplats där kvalitetsdeklarationen publiceras:	www.talluddens-hvb.se